

wpłynęło 10.11.2025 wysłano

4484

znak sprawy

podpis

PROTOKÓŁ KONTROLI nr 246/EP/25

EP.9020.209.2025.BD

Nowa Ruda, dnia 07 listopada 2025 r.

przeprowadzonej przez

– Młodszy Asystent, numer upoważnienia stałego – CK 56/25,

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 par. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany: „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, adres: ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, telefon: (74) 8651201, fax: 8674066, sekretariat@zoz.klodzko.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu: „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku – Ambulatorium Kłodzie – poradnie w Nowej Rudzie, ul. Szpitalna 2 i 8, 57-400 Nowa Ruda, telefon (74) 8651201, fax 8674066, sekretariat@zoz.klodzko.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:
„Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku, ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko, telefon (74) 8651201, fax 8674066, sekretariat@zoz.klodzko.pl
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna)
4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP: 8831598671 REGON: 000316418 PKD: 8622.Z
5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
Jadwiga Radziejewska - Dyrektor „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu:
– Pielęgniarka, Pełnomocnictwo z dnia 07.11.2025 r. udzielone przez Dyrektora „Zespołu Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku dr n. o zdr. Jadwigę Radziejewską
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniajacego/data wydania upowaznienia/nr)
7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę – nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 07.11.2025 r., godz. 09:15
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli: nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Podmiot nie prowadzi działalności gospodarczej w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2028 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236)
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 07.11.2025 roku, godz. 14:15
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości: 3 godziny
6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola – ocena stanu sanitarno-technicznego, ocena procedur dezynfekcji i sterylizacji oraz ocena postępowania z odpadami medycznymi, ocena przestrzegania przepisów

 12.11.2025

ustawy z dnia 09 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U z 2024 roku, poz. 1162).

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*: nie dotyczy

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*: nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów*: nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli*:

- Procedury: 1- Przygotowanie rąk do pracy personelu medycznego; 2- Postępowanie z odpadami medycznymi; 3- Postępowanie po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie infekcyjny materiał biologiczny;
- Protokoły i Notatki z kontroli wewnętrznej z dnia 10.06.2025, 10.06.2025, 15.10.2025
- Książka zdawczo-odbiorcza sprzętu medycznego przekazywanego do Centralnego punktu sterylizacji
- Karta przekazania odpadów medycznych z dnia 31.10, 03.11, 05.11.2025 r.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*:

- 1) Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych
- 2) Pełnomocnictwo Pani M. z dnia 07.11.2025 r. do reprezentowania jednostki podczas kontroli przedstawicieli PSSE w Kłodzku oraz do podpisania i odbioru protokołu kontroli
- 3) Klauzula informacyjna dla osób ukaranych mandatem

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli*: F/EP/06 - Ocena przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych. Wypełnione formularze kontroli przeznaczone są do użytku wewnętrznego PSSE w Kłodzku i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli. Wypełnione formularze kontroli w wersji papierowej lub elektronicznej mogą zostać udostępniane na wniosek kontrolowanego.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli:

Numer PKD – 86.22.Z (PRAKTYKA LEKARSKA SPECJALISTYCZNA)

Numer KRS: 0000058460

Aktualnie wobec podmiotu prowadzone jest postępowanie administracyjne przez Sekcję Epidemiologii, na podstawie decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku nr: 642/22 z dnia 29.04.2022 r. - Oddział Neurologii; 644/22 z dnia 29.04.2022 r. - Oddział Ginekologiczno-Położniczy; 280/24 z dnia 31.01.2024 r. - Oddział Wewnętrzny; 363/24 z dnia 14.02.2024 r. - Oddział Medycyny Paliatywnej; 1434/23 z dnia 10.07.2023 r. - Oddział Psychiatryczny; 1436/23 z dnia 10.07.2023 r. - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii; 2592/23 z dnia 28.11.2023 r. - Szpital Uzdrowski w Kudowa Zdrój; 2485/22 z dnia 14.12.2022 r.; 2041/23 z dnia 27.09.2023 r.; 946/21 z dnia 02.09.2021 r. - Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Nowej Rudzie; 322/19 z dnia 28.03.2019 r. - Blok Operacyjny; 322/19 z dnia 28.03.2019 r. - Centralna Sterylizatornia; Decyzja nr 1510/25 z dnia 31 lipca 2025 r. - Oddział Dziecięcy i Oddział Urologiczny

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego.

W dniu 07.11.2025 r. przeprowadzono kontrolę Poradni Specjalistycznych: Chirurgiczna, Ginekologiczno-Położnicza, Dermatologiczna, Gruźlicy i Chorób Płuc, zlokalizowanych pod adresem ul. Szpitalna 2 (budynek dodatkowy) i 8 (budynek główny), 57-400 Nowa Ruda.

Poradnia Chirurgiczna (zlokalizowana w budynku głównym na I piętrze, posiada odrębne wejście z poziomu terenu) składa się z następujących pomieszczeń:

- gabinet lekarski,
- gabinet diagnostyczno-zabiegowy,

[Handwritten signature]

- korytarz/poczekalnia,
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów dostosowane dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami,
- rejestracja,
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu,
- pomieszczenie porządkowe.

W tej poradni udzielane są świadczenia lekarskie polegające na konsultacjach chirurgicznych oraz przeprowadzaniu następujących zabiegów: zakładanie opatrunków klasycznych i gipsowych, zakładanie i ściąganie szwów, usuwanie niewielkich zmian skórnych, pobieranie materiału do badań histopatologicznych. W kontrolowanym obszarze stwierdzono zły stan sanitarno-techniczny. Stwierdzono następujące nieprawidłowości:

W pomieszczeniu sanitarno-higienicznym dla pacjentów:

- obecność pajęczyn w miejscu połączenia ścian
- zabrudzona, zakurzona deska miski ustępowej
- obecność zbędnego wyposażenia – niesprawny wózek inwalidzki w gabinecie lekarskim;
- nieprawidłowe przechowywanie nagromadzonej dokumentacji medycznej (w wersji papierowej, dotyczącej zgonów) w przedsiionku do gabinetu lekarskiego
- odchodząca, łuszcząca się powierzchnia drzwiczek do szafki,
- stelaż parawanu z ubytkami w powierzchni, pokryty rdzą,
- liczne ubytki i pęknięcia w kafelkach na ścianie przy koczce oraz pod umywalką,
- spękania i ubytki w powierzchni podłogi,
- spękana pokrywa pojemnika przeznaczonego do dezynfekcji wstępnej narzędzi wielokrotnego użytku,
- zardzewiałe części metalowe krzeseł,
- zabrudzone drzwi wejściowe,
- nieodpowiednio przechowywane sterylne narzędzia wielokrotnego użycia w sposób niezabezpieczający przed wtórną kontaminacją, tj. na blacie.

W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym:

- spękania i ubytki farby na powierzchni ścian,
- zniszczona powierzchnia z ubytkami szafki pod zlewem,
- ubytki oraz rdza wewnątrz szafki metalowej do przechowywania materiałów jednorazowego użytku,
- pęknięcie kafelki na ścianach,
- obecność zbędnych sprzętów: niewykorzystywany stojak na butle
- obecność wyposażenia (krzesło, schodki) wykonanych z drewna o powierzchni nie nadającej się do mycia i dezynfekcji – usunięto podczas kontroli

Korytarz/poczekalnia wraz z przedsiionkiem:

- powierzchnia podłogi z ubytkami.

W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu:

- spękania i ubytki w powierzchni ścian oraz płytek ściennych,
- ubytki w powierzchni podłogi.

W pomieszczeniu porządkowym:

- ubytki wraz z odpadającą farbą oraz zacieki na powierzchni sufitu;
- ubytki wraz z odpadającą farbą na powierzchni ścian.

Poradnia ginekologiczno-położnicza (zlokalizowana w budynku głównym na parterze, z osobnym wejściem) składa się z następujących pomieszczeń:

- korytarz,
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów wyposażone dodatkowo w bidet,
- poczekalnia,
- rejestracja,
- gabinet lekarski,
- gabinet położnej,
- pomieszczenie socjalne dla personelu,
- pomieszczenie porządkowe.

P A - - -

W tej poradni przeprowadzane są dwa razy w tygodniu podstawowe badania ginekologiczne, USG, pobieranie materiału do cytologii oraz konsultacje. Wykorzystywany jest sprzęt wyłącznie jednokrotnego użytku. W kontrolowanym obszarze stwierdzono zły stan sanitarno-techniczny i następujące nieprawidłowości. W korytarzu:

- spękania i ubytki w powierzchni ścian
- spękania i ubytki w powierzchni podłogi,
- połączenie ścian z podłogą z ubytkami,

W poczekalni:

- spękania i ubytki w powierzchni podłogi oraz pęknięty, ruchomy kafel,
- spękania i ubytki w powierzchni ścian przy drzwiach,
- ubytek w powierzchni krzesła.

W gabinecie lekarskim:

- z ubytkami, zniszczona powierzchnia materaca fotela do badań ginekologicznych,
- spękania i ubytki w powierzchni ścian,
- spękania i ubytki w powierzchni sufitu,
- obecność pajęczyn w miejscach połączeń ścian przy suficie,
- obecność kurzu i zabrudzeń w narożnych miejscach połączeń ścian z podłogą,
- nieprawidłowo przechowywane wyroby medyczne jednorazowego użycia - tj. wzlierników i szczoteczki do cytologii - w sposób niezabezpieczający przed wtórnym skażeniem - ułożone luźno na blacie.

W gabinecie położnej:

- spękania i ubytki w powierzchni ścian,
- ubytek w powierzchni kozetki do badań
- obecność pajęczyn w miejscach połączeń ścian i w drzwiach wejściowych do pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla pacjentów

Poradnia dermatologiczna (zlokalizowana w budynku dodatkowym, parterowym, w którym znajdują się pomieszczenia innego podmiotu wykonującego działalność medyczną - Przychodnia Fundacji UM Oddział w Nowej Rudzie, do obu podmiotów prowadzą odrębne wejścia) - to jedno pomieszczenie wyłącznie do konsultacji pacjentów w którym zapewniono możliwość umycia i dezynfekcji rąk.

W kontrolowanym obszarze stwierdzono zły stan sanitarno-techniczny i następujące nieprawidłowości:

- spękania i ubytki w powierzchni ścian,
- spękania i ubytki w powierzchni szafki,
- ubytki i rdza w powierzchni grzejnika.

Poradnia gruźlicy i chorób płuc (zlokalizowana w budynku dodatkowym) to jedno pomieszczenie wyłącznie do konsultacji pacjentów w którym zapewniono możliwość umycia i dezynfekcji rąk.

W kontrolowanym obszarze stwierdzono zły stan sanitarno-techniczny i następujące nieprawidłowości:

- spękania i ubytki w powierzchni ścian,
- spękania i ubytki w powierzchni sufitów,
- sposób połączenia elementów podłogi nie zapewnia jej gładkości i szczelności,
- niezabezpieczone kable na powierzchni podłogi,
- ubytki w powierzchni w miejscu połączenia ścian z podłogą,
- zardzewiała część metalowe krzesel,

Dla poradni (Poradnia Dermatologiczna i Poradnia gruźlicy i chorób płuc) zlokalizowanych w budynku dodatkowym - ul. Szpitalna 2, zapewniono pomieszczenie porządkowe, które jest wykorzystywane przez inny podmiot działający w tym budynku (Przychodnia Fundacji UM Oddział w Nowej Rudzie), zlokalizowane w korytarzu przy recepcji POZ. Nie zapewniono rozdziału i oznakowania sprzętu i środków myjąco-dezynfekujących do utrzymywania czystości dla obu podmiotów, które wykorzystują to pomieszczenie.

W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów:

- zalany sufit, powierzchnia z ubytkami farby
- zniszczona powierzchnia kaloryfera, z ubytkami i rdzą
- pęknięta, z ubytkami ściana nad drzwiami
- obecność pajęczyn w miejscach połączeń ścian z sufitem

W pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu:

- spękane płytki na ścianie

[Handwritten signature]

- uszkodzona, z ubytkami powierzchnia brodzika i kabiny prysznicowej.

Dokonano oceny procedur stosowanych w poradniach — opracowane dla podmiotu ZOZ Kłodzko, dostępne dla personelu w systemie elektronicznym lub wydrukowane i dostępne na poszczególnych obszarach.

Skontrolowano dostępność środków do mycia i dezynfekcji:

- ręk: Phago Gel, mydło: Liquid Soap, AHD 1000, Velodes Soft.

- Powierzchni dotykowych: Incidin Oxy Foam, Velox Top AF, MediWipes DM, Incidin Liquid.

- Dużych powierzchni bezdotykowych: Barlon S8, P5, Z5, Quatrodés Strong.

- Powierzchni skazonych materiałem biologicznym: Actichlor Granules.

- Narzędzi wielokrotnego użytku: Sekusept Pure Clean, Aniosyme XL.

Sprawdzono daty ważności większości dostępnych środków myjąco-dezynfekujących — daty aktualne.

Narzędzia wielokrotnego użytku są stosowane tylko w poradni chirurgicznej, gdzie po użyciu są poddawane wstępnej dekontaminacji, która odbywa się w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym wyposażonym w dwukomorowy zlew. Następnie narzędzia są pakowane do jednorazowych zamkniętych worków i umieszczane w pojemniku transportowym i przekazywane do Centralnej Sterylizatorni w Kłodzku. Przedstawiono do wglądu w trakcie kontroli zlecenie oraz książkę zawierającą wpisy z przekazania narzędzi do sterylizacji po każdym dniu zabiegowym. Z centralnej sterylizatorni przekazywane są narzędzia sterylne do których dołączony jest każdorazowo oświadczenie procesowe wraz z datą i podpisem. Sterylne pakiety narzędzi wielokrotnego użytku przechowywane w zamkniętych metalowych szafkach, sprawdzono wyrywkowo daty przydatności: nożyczki - data sterylizacji 08.10.2025, ważne do 07.01.2026; kleszcze pean - data sterylizacji 22.10.2025, ważne do 21.01.2026; oraz jednorazowego użytku: Kompres lux S — ważne do 21.12.2026.

Przedstawiono do wglądu podczas kontroli protokół kontroli wewnętrznej dotyczącej poradni dermatologicznej z dnia 15.10.2025 r. Wynik ostatnio przeprowadzonej kontroli wewnętrznej wykazał nieprawidłowości dotyczące uchybień technicznych, które zostały potwierdzone podczas niniejszej kontroli. Kontrola wewnętrzna wykazała również obecność w poradni preparatów dezynfekcyjnych których termin przydatności był nieaktualny — usunięto do dnia kontroli.

Protokół kontroli wewnętrznej dotyczący Poradni Chirurgicznej z dnia 10.06.2025 — nieprawidłowości: nieaktualny wykaz środków do dezynfekcji, nieczytelne podpisy na kartach, obecność pakietów z nieaktualną datą przydatności.

Protokół kontroli z dnia 15.10.2025 dotyczący Poradni Ginekologiczno-Położniczej wykazał nieprawidłowości: segregacja odpadów, zbyt duża ilość procedur, brak kart charakterystyki preparatów.

Odpady komunalne usuwane codziennie z pomieszczeń szpitala przez osobę wyznaczoną (kontenerem) do magazynu odpadów komunalnych. Odbiór odpadów przez firmę zewnętrzną na podstawie Umowy. Poradnie zaopatrzone jest w pojemniki odpady komunalne w każdym pomieszczeniu.

Odpady medyczne w skontrolowanych poradniach gdzie wytwarzane są odpady medyczne (Chirurgiczna, Ginekologiczno-Położnicza) gromadzone są w oznakowanych kodami pojemnikach sztywnych - wiaderka lub workach (kodowanie kolorem: czerwone 180103). Odpady gromadzone w oddzielnym pomieszczeniu zlokalizowanym w budynku głównym z osobnym wejściem, zamkniętym na klucz. Odpady odbierane 3 razy w tygodniu, wg okazanej dokumentacji — karty przekazania z dnia 31.10.2025, 03.11.2025, 05.11.2025. Temperatura w pomieszczeniu wynosiła 8 stopni C. Odpady odbiera firma Emka ul. Jaktorowska 15a, 96-300 Żyrardów, okazano karty przekazania odpadów wygenerowane z systemu BDO.

W toku kontroli stwierdzono przestrzeganie w kontrolowanym podmiocie przepisów art. 5 ustawy z dnia 09 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U z 2024 r. poz. 1162). Nie stwierdzono palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych, i palenia papierosów elektronicznych w pomieszczeniach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Obiekt posiada umieszczone w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie obiektu.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono:

1. Zniszczona, łuszcząca się powierzchnia drzwiczek szafki w gabinecie lekarskim w Poradni Chirurgicznej

[Podpis]

2. Stelaz parawanu z ubytkami w powierzchni, pokryty rdzą w gabinecie lekarskim w Poradni Chirurgicznej.
3. Liczne ubytki i pęknięcia w kafelkach na ścianie przy kozetce oraz pod umywalką w gabinecie lekarskim w Poradni Chirurgicznej.
4. Spękania i ubytki w powierzchni podłogi w gabinecie lekarskim w Poradni Chirurgicznej.
5. Spękania i ubytki farby na powierzchni ścian oraz pęknięte kafelki na ścianach w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym w Poradni Chirurgicznej.
6. Zniszczona powierzchnia wraz z ubytkami szafki pod zlewem w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym w Poradni Chirurgicznej.
7. Ubytki powierzchni pokryte rdzą wewnątrz szafki metalowej do przechowywania materiałów jednorazowego użytku w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym w Poradni Chirurgicznej.
8. Spękania i ubytki w powierzchni ścian oraz płytek ściennych w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu w Poradni Chirurgicznej.
9. Ubytki w powierzchni podłogi pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu w Poradni Chirurgicznej.
10. Ubytki wraz z odpadającą farbą oraz zacieki na powierzchni sufitu w pomieszczeniu porządkowym w Poradni Chirurgicznej.
11. Ubytki wraz z odpadającą farbą na powierzchni ścian w pomieszczeniu porządkowym w Poradni Chirurgicznej.
12. Spękania i ubytki w powierzchni ścian w korytarzu Poradni ginekologiczno-płożniczej.
13. Spękania i ubytki w powierzchni podłogi w korytarzu Poradni ginekologiczno-płożniczej.
14. Ubytki w połączeniu ścian z podłogą w korytarzu Poradni ginekologiczno-płożniczej.
15. Spękania i ubytki w powierzchni podłogi oraz pęknięty, ruchomy kafel w poczekalni Poradni ginekologiczno-płożniczej.
16. Spękania i ubytki w powierzchni ścian przy drzwiach w poczekalni Poradni ginekologiczno-płożniczej.
17. Zniszczone krzesło z ubytek w powierzchni w poczekalni Poradni ginekologiczno-płożniczej.
18. Zniszczona z ubytkami powierzchnia materaca, fotela do badań ginekologicznych w gabinecie lekarskim Poradni ginekologiczno-płożniczej.
19. Spękania i ubytki w powierzchni ścian w gabinecie lekarskim Poradni ginekologiczno-płożniczej.
20. Spękania i ubytki w powierzchni sufitu w gabinecie lekarskim Poradni ginekologiczno-płożniczej.
21. Spękania i ubytki w powierzchni ścian w gabinecie położnej Poradni ginekologiczno-płożniczej.
22. Ubytek w powierzchni kozetki do badań w gabinecie położnej Poradni ginekologiczno-płożniczej.
23. Spękania i ubytki w powierzchni ścian w pomieszczeniu Poradni dermatologicznej.
24. Spękania i ubytki w powierzchni szafki w pomieszczeniu Poradni dermatologicznej.
25. Ubytki i rdza na powierzchni grzejnika w pomieszczeniu Poradni dermatologicznej.
26. Spękania i ubytki w powierzchni ścian w pomieszczeniu Poradni gruźlicy i chorób płuc.
27. Spękania i ubytki w powierzchni sufitów Poradni gruźlicy i chorób płuc.
28. Ubytki w powierzchni w miejscach połączenia ścian z podłogą Poradni gruźlicy i chorób płuc.
29. Zniszczone, zardzewiałe części metalowe krzesła Poradni gruźlicy i chorób płuc.
30. Brak oznakowanego i wydzielonego miejsca w pomieszczeniu porządkowym dla Poradni Dermatologicznej i Poradni gruźlicy i chorób płuc zlokalizowanych w budynku dodatkowym – ul. Szpitalna 2.
31. Zalany sufit, powierzchnia z ubytkami farby w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów dla Poradni Dermatologicznej i Poradni gruźlicy i chorób płuc zlokalizowanych w budynku dodatkowym – ul. Szpitalna 2.
32. Zniszczona powierzchnia kaloryfera z ubytkami i rdzą w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów dla Poradni Dermatologicznej i Poradni gruźlicy i chorób płuc zlokalizowanych w budynku dodatkowym – ul. Szpitalna 2.
33. Pęknięta, z ubytkami ściana nad drzwiami w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów dla Poradni Dermatologicznej i Poradni gruźlicy i chorób płuc zlokalizowanych w budynku dodatkowym – ul. Szpitalna 2.
34. Spękanie płytki na ścianie w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu dla Poradni Dermatologicznej i Poradni gruźlicy i chorób płuc zlokalizowanych w budynku dodatkowym – ul. Szpitalna 2.
35. Uszkodzona, z ubytkami powierzchnia brodzika i kabiny prysznicowej w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu dla Poradni Dermatologicznej i Poradni gruźlicy i chorób płuc zlokalizowanych w budynku dodatkowym – ul. Szpitalna 2.

☞

36. Obecność pajęczyn w miejscach połączeń ścian z sufitem w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów dla Poradni Dermatologicznej i Poradni gruźlicy i chorób płuc zlokalizowanych w budynku dodatkowym – ul. Szpitalna 2
37. Obecność pajęczyn w miejscu połączenia ścian w pomieszczeniu sanitarno-higienicznym dla pacjentów w Poradni Chirurgicznej
38. Zabrudzona, zakurzona deska miski ustępowej w pomieszczeniu sanitarno-higienicznym dla pacjentów w Poradni Chirurgicznej
39. Obecność zbędnego wyposażenia – niesprawny wózek inwalidzki w pomieszczeniu sanitarno-higienicznym dla pacjentów w Poradni Chirurgicznej
40. Nieprawidłowe przechowywanie nagromadzonej dokumentacji medycznej przedstonku do gabinetu lekarskiego w Poradni Chirurgicznej
41. Zabrudzone drzwi wejściowe w gabinecie lekarskim w Poradni Chirurgicznej
42. Nieodpowiednio przechowywane narzędzia wielokrotnego użycia w sposób niezabezpieczający przed wtórną kontaminacją tj. na blacie w gabinecie lekarskim nadmierna ilość sterylnych pakietów w Poradni Chirurgicznej
43. Spekana pokrywa pojemnika przeznaczonego do dezynfekcji wstępnej narzędzi wielokrotnego użytku gabinetu lekarskiego w Poradni Chirurgicznej
44. Obecność zbędnych sprzętów, niewykorzystywany stojak na butle w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym w Poradni Chirurgicznej
45. Obecność pajęczyn w miejscach połączeń ścian przy suficie w gabinecie lekarskim Poradni ginekologiczno-położniczej
46. Obecność kurzu i zabrudzeń w narożnych miejscach połączeń ścian z podłogą w gabinecie lekarskim Poradni ginekologiczno-położniczej
47. Nieprawidłowo przechowywane wyroby medyczne jednorazowego użycia tj. wazelników i szczoteczek do cytologii w sposób niezabezpieczający przed wtórnym skażeniem – ułożone luźno na blacie w gabinecie lekarskim Poradni ginekologiczno-położniczej
48. Obecność niezabezpieczonych kabli na powierzchni podłogi Poradni gruźlicy i chorób płuc

Co stanowi naruszenie

- art. 22 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924)
- art. 5 ust. 2 w związku z art. 61 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2025 poz. 418)
- § 25, ust. 1 pkt 4, § 27, ust. 1, § 30, ust. 1, ust. 2, § 30 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402)
- § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402)

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski:

1. W trakcie kontroli przekazano informację o wykonywaniu obowiązków wynikających z ustawy Prawo Atomowe. Zgodnie z art. 23c ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1173) kierownicy jednostek wykonujących działalność, w której występują pomieszczenia stałej pracy, w których łączny czas przebywania tego samego pracownika w ciągu jednej doby przekracza 4 godziny; zlokalizowane: pod ziemią, wewnątrz pomieszczeń na poziomie parteru lub piwnicy oraz związane z uzdatnianiem wód podziemnych na terenach, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu w znacznej liczbie budynków może przekroczyć poziom odniesienia (300 Bq/m^3), są zobowiązani m. in. do wykonywania pomiaru stężenia radonu lub stężenia energii potencjalnej alfa krótkożyłowych produktów rozpadu radonu oraz podejmowania działań zapewniających ograniczenie i optymalizację narażenia pracowników na radon w miejscu pracy. W przypadku, gdy w miejscach pracy wynik pomiaru wskazuje na możliwość przekroczenia poziomu odniesienia 300 Bq/m^3 , kierownicy jednostek podejmują działania zapewniające ograniczenie narażenia pracowników na radon (art. 23c ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1173). W załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2020 r. w sprawie terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekraczać poziom

☞ A - 2

odniesienia (Dz. U. poz. 1139) dla województwa dolnośląskiego wskazano powiat kłodzki. Zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 1510) pracodawca jest obowiązany chronić pracownika przed promieniowaniem jonizującym pochodzącym ze źródeł sztucznych i naturalnych, występujących w środowisku pracy (art. 223 § 1). Materiały edukacyjno/informacyjne w zakresie radonu są dostępne na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gis/radon2> oraz <https://www.gov.pl/web/gis/krajowy-plan-dzialania-w-przypadku-narazenia-na-radon>. Informacje związane z kampanią „POZNAJ RADON” prowadzoną przez Państwową Agencję Atomistyki, która informuje o szkodliwości gromadzącego się w pomieszczeniach radonu oraz metod i technik zabezpieczenia budynków przed przenikaniem tego gazu do pomieszczeń - znajdują się pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/poznajradon>

2. W związku z wystąpieniem wzrostu liczby zakażeń wirusowym zapaleniem wątroby typu A (WZW A) notowanym na terenie dolnego śląska i innych województw poinformowano o przestrzeganiu wymogów sanitarnych w celu zapewnienia i utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zwrócono szczególną uwagę na przestrzeganie zasad higieny osobistej, zwłaszcza higieny rąk i utrzymania obowiązku czystości mycia i odkażania przedmiotów codziennego użytku takich jak: biurka, stoły, krzesła, blaty, uchwyty, klamki, poręcze czy sanitariaty. Wirusowe zapalenie wątroby typu A jest chorobą zakaźną, która przenosi się głównie drogą pokarmową, poprzez spożycie skażonej żywności lub wody, a także przez kontakt z osobą zakażoną lub z zanieczyszczonymi powierzchniami. Przekazano ulotkę informacyjną.

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**
2. Wniesiono/ nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/ nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3, w punktach 36-48 nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na:

Pana J. – Kierownika obiektu Szpital Nowa Ruda
(imię i nazwisko/ stanowisko)

w wysokości 400 zł, słownie: czterysta złotych

(nr mandatu karnego) ...seria Dg numer 2776769

(podstawa prawna) ... Art. 117, § 1 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2025 r. poz. 734)

5. Upoważnienie do nakładania grzywny w drodze mandatu karnego nr MK-35/25 z dnia 24.01.2025 r. wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kłodzku
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/ nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/ nie zapoznano się**

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

9

MŁODSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji
Sanitarnej

czytelny podpis kontrolującego (-ych): *Lech Wit. Beata Dobroszek*

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu:

Pielęgniarka Dunaj
M

14.11.2025 r.

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** F/EP/06 -- 3 szt.
(nazwa/hr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać: "nie dotyczy"

** niewłaściwe skreślić